
Travail de la Clinique Gynécologique
(Professeur M. LAPEYRE)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
Tuberculose primitive
du corps de l'Utérus

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 25 juillet 1936
PAR

PIERRE ROQUEFEUIL

Né à Montpellier le 3 mai 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

MM. LAPEYRE, Professeur, <i>Président</i> . ESTOR, Professeur. LAMARQUE, Professeur. COLL DE CARRERA, Agrégé.
--

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel
Tél. 47-84

1936

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA TUBERCULOSE PRIMITIVE
DU CORPS DE L'UTERUS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Travail de la Clinique Gynécologique
(Professeur M. LAPEYRE)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
Tuberculose primitive
du corps de l'Utérus
THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 25 juillet 1936
PAR

PIERRE ROQUEFEUIL

Né à Montpellier le 3 mai 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. LAPEYRE, Professeur, *Président*.
ESTOR, Professeur.
LAMARQUE, Professeur.
COLL DE CARRERA, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel
Tél. 47-84

1936

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

	MM.
Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GAIRAUD
Clinique médicale	VIRET, <i>assesseur.</i>
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen</i>
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

	MM.
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN <i>ag. libre</i>
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, <i>prof.</i>
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

	MM.
	AIMES
Médecine	BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	Chirurgie....
	MOURGUE-MOLINES.
	GUIBAL
	ROUX
	Obstétrique..
	COLL DE CARRERA
	Bactériologie.
	CARRERE

Examineurs de la thèse

MM. LAPEYRE, *prof., président.* MM. LAMARQUE, *professeur.*
ESTOR, *professeur.* COLL DE CARRERA, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE
DE MON ARRIERE GRAND-PERE
ET DE MON GRAND PERE
LES DOCTEURS PIERRE ET FREDERIC ROQUEFEUIL

A MA FEMME

A MES PARENTS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

P. R.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
LE PROFESSEUR LAPEYRE

dont j'ai été fier de recevoir les conseils. En reconnaissance de l'amitié qu'il m'a toujours témoignée.

A MON MAITRE LE PROFESSEUR ESTOR

A qui je dois le meilleur de ma formation médicale, et dont je ne saurais assez reconnaître l'affectueuse bonté.

A MON MAITRE LE PROFESSEUR LAMARQUE

auprès de qui j'ai toujours trouvé le plus aimable accueil.

A MON MAITRE LE PROFESSEUR COLL DE CARRERA

qui a toujours été pour moi, dans toutes les circonstances si amicalement bienveillant.

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A TOUS CEUX QUI M'ONT GENEREUSEMENT
FAIT PROFITER DE LEURS CONSEILS
ET DE LEUR EXPERIENCE

P. R.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA TUBERCULOSE PRIMITIVE DU CORPS DE L'UTERUS

INTRODUCTION

La tuberculose génitale chez la femme, est assez fréquente dans ses formes utéro-annexielles. Primitivement et électivement localisée au corps même de l'utérus, elle est infiniment plus rare, si l'on en juge d'après le nombre des publications. On est autorisé à la croire plus fréquente, si l'on considère les difficultés que l'on éprouve à faire un diagnostic précoce, tout au moins un diagnostic pré-opératoire. Elle est en effet souvent une découverte de l'examen microscopique.

Cependant l'observation que le Professeur LAPEYRE nous a autorisés à reproduire, montre que peut-être, la radiographie de l'utérus, après injection préalable de lipiodol, serait de nature à faciliter ce diagnostic.

Dans cette thèse: après l'historique de la question, nous donnons l'observation de ce cas de tuberculose primitive du corps de l'utérus, point de départ de notre travail.

Nous étudions ensuite l'Etiologie, la Pathologie, la Symptomatologie et le traitement de cette affection.

HISTORIQUE

Sans remonter à des temps très reculés, la tuberculose utérine n'en est pas pour cela une notion d'acquisition récente.

Actuellement, grâce aux progrès chirurgicaux accomplis en trente ans et tout particulièrement dans le domaine de la gynécologie, la tuberculose utérine est mieux connue.

De vieux auteurs l'avaient déjà signalée. MORGAGNI, LOUIS, RAYNAUD la mentionnent déjà avant qu'une étude plus complète en soit faite par des gens comme BROUARDEL et CORNIL, qui furent les premiers à publier des cas, dont ils avaient confirmé le diagnostic par un examen microscopique.

C'est le premier pas important que franchit alors la tuberculose utérine dans l'histoire de la médecine. *Elle est une maladie classée, séparée* des autres affections du petit bassin.

Depuis, la tuberculose utérine a donné matière à bien des travaux et à bien des rapports. L'Ecole française de chirurgie l'a particulièrement étudiée. A l'étranger, le Professeur DANIEL, de Bucarest, se fait remarquer par le nombre et l'importance des écrits qu'il lui consacre. J.-L. FAURE (1902), POLLOSSON (1905), PATEL, VILLARD, DONNAY (1930), inscrivent leur nom en marge des travaux.

Tout récemment encore MM. COURRIADES et JAULAIN publiaient un mémoire important consacré à la tuberculose du

corps de l'utérus. Aussi, est-il intéressant de connaître les aspects de cette affection. Dans cette étude, ignorant volontairement les autres localisations génitales de la tuberculose (annexes, vulve, vagin), nous nous occuperons exclusivement de la bacillose du corps de l'utérus, qui pose de nombreux problèmes cliniques et thérapeutiques intéressant médecins et chirurgiens. Son diagnostic est une question délicate et importante. Il est capital de la dépister, avant que la situation ne se complique par des généralisations secondaires.

DANIEL écrivait: « Grâce aux progrès de la chirurgie abdominale gynécologique, qui permet de mieux explorer la cavité pelvienne, grâce à l'examen anatomo-pathologique des pièces extirpées, la tuberculose génitale est aujourd'hui mieux reconnue, elle peut être mieux étudiée ».

Nous devons ajouter que, peut-être, mais ceci demandera un nombre plus important d'observations confirmant celle que nous relatons, peut-être, grâce à la radiographie utérine après injection de lipiodol, il sera possible de la dépister, avant l'opération, de façon quasi-certaine.

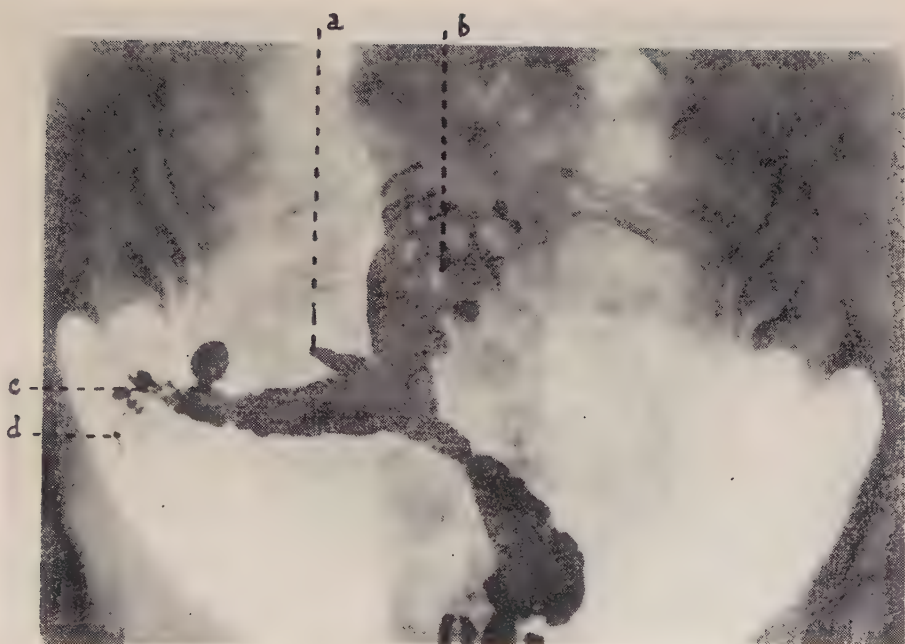
OBSERVATION

*(Due à l'obligeance de notre maître le Professeur LAPEYRE
et tirée du mémoire de MM. LAPEYRE et GUIBERT
qui paraîtra in; Gynécologie et obstétrique)*

Madame Z..., 36 ans, atteinte par ailleurs de lithiasc biliaire avec colique spasmodique, présente depuis un an environ, des métrorragies plus ou moins abondantes. Réglée depuis l'âge de treize ans, tous les 28 jours, pendant 3 jours, elle perd, peu abondamment, mais sans souffrances. Mariée à 24 ans, elle voit ses règles augmenter d'abondance tout en restant aussi régulières et aussi indolores, mais aucune grossesse ne survient.

Il y a 4 ans, apparaît une aménorrhée qui dure six mois et sous l'influence du traitement opothérapique, la menstruation réapparaît. Cependant, les règles ne reprennent pas leur régularité, sautent un ou deux mois et deviennent douloureuses.

Dans les premiers mois de 1934, les règles commencent à s'allonger, durant, à chaque période, 10, 12, ou même 15 jours. Un traitement par la folliculine est alors institué, qui n'amène aucune modification. Depuis octobre 1934, ces ménorragies sont remplacées par des métrorragies et, pendant 6 à 7 mois, Mme Z... saigne peu ou prou tous les



HYSTÉROGRAPHIE APRÈS INJECTION INTRA-UTÉRINE DE LIPIODOL.
a: éperon du fond utérin. — *b*: image lacunaire aréolaire de la
 trompe gauche. — *c*: image lacunaire aréolaire de la trompe droite.
 — *d*: origine de la trompe droite.

jours. Ce n'est que depuis 2 ou 3 mois qu'elle resterait quelques jours sans perdre. Pas de leucorrhée.

Le diagnostic de fibrome a été posé, et, un traitement par les rayons X proposé.

Le 27 juillet 1935, à l'examen, *nous notons*:

Femme de complexion assez forte, au teint coloré, paraissant robuste. La palpation du ventre ne montre rien d'anormal, en dehors d'une légère sensibilité aux points cystique et appendiculaire, et, sur l'S iliaque spasmée.

Au toucher: col régulier, petit, conique, regardant en arrière; col élargi transversalement, cordiforme, renflé au niveau des cornes, en antéversion normale, très mobile, indolore. Culs-de-sac souples et profonds. A droite on perçoit, à bout de doigts, l'ovaire qui est indolore et pas augmenté de volume. La malaxation de l'utérus le fait saigner.

Au spéculum: col normal, pas enflammé.

Nous décidons de pratiquer une radiographie de la matrice après injection intra-utérine de lipiodol.

Le 2 août 1935: *hystérographie*. Elle révèle l'existence:

1° D'un éperon du fond, malformation congénitale, donnant à la cavité utérine, l'aspect bicorne.

2° D'une image lacunaire, déchiquetée, irrégulière, occupant chaque corne utérine, beaucoup plus développée à gauche, où elle prend l'aspect aréolaire et paraît répondre à une ulcération anfractueuse de la muqueuse. Les trompes ne sont pas visibles, sauf la partie initiale de la trompe droite; cependant, l'épreuve de contrôle faite le lendemain, a montré le passage du lipiodol dans la cavité péritonéale.

Ces révélations de l'hystérographie nous permettent d'écarter le diagnostic de fibrome, et nous décident à proposer une hystérectomie, légitimée par la présence de ces ulcérations suspectes de la muqueuse.

Nous n'avons pas jugé à propos de pratiquer un curet-

tage en vue de préciser la nature de la lésion ulcéreuse, puisque la nécessité de l'exérèse nous paraissait indiscutable. Sans compter, qu'il aurait sans doute été très difficile, étant donné la forme de la cavité utérine, de porter la curette jusqu'à la zone altérée.

Le 7 août 1935, sous anesthésie générale à l'éther, *laparatomie sous-ombilicale médiane*. Après avoir libéré, assez facilement du reste, des adhérences de l'épiploon aux annexes droites, et de l'S iliaque aux annexes gauches, l'utérus apparaît élargi transversalement, de coloration rougeâtre au niveau de ses cornes, qui sont manifestement augmentées de volume. Sur chaque trompe se voit un noyau de salpingite nodulaire. On procède à une *hystérectomie sub-totale* de droite à gauche; la section ayant porté très bas sur le col. Suites opératoires régulières et très simples.

ETUDE DE LA PIECE OPERATOIRE

A) EXAMEN MACROSCOPIQUE

L'utérus est cordiforme, les deux cornes étant arrondies et renflées, et plus épais que normalement. Le péritoine, qui le revêt est congestionné, recouvert de fines arborisations vasculaires, mais sans la moindre granulation.

Fendu par le milieu de sa face postérieure, il présente l'aspect suivant:

Le col, l'isthme et la partie toute inférieure du corps paraissent sensiblement normaux. Puis, la paroi de l'utérus s'épaissit notablement, pour atteindre 3 à 4 cm. dans le fond. Sur la tranche de section se voient disséminés de petits îlots caséeux de couleur jaunâtre. La muqueuse, très altérée, détruite par places, offre ses lésions maxima au niveau des

cornes, surtout à gauche. Là se trouve une sorte d'ulcération anfractueuse, véritable caverne, allant plus loin que la muqueuse et mordant sur le muscle. Les bords et le fond de cette ulcération ne sont pas indurés. Du côté des annexes, les lésions sont très limitées: les ovaires, pas augmentés de volume, semblent normaux.

Les trompes, dont le pavillon est perméable, présentent seulement dans leur partie ampullaire, un petit nodule dur, du volume d'un pois à droite, et d'un petit grain de raisin à gauche, qui se révèlent de nature caséuse à la coupe. Partout ailleurs, les trompes sont normales: il n'y a pas de péri-salpingite, pas de granulations sur la séreuse.

B) EXAMEN MICROSCOPIQUE

L'examen histologique a porté, d'une part sur plusieurs tranches de section totale du corps utérin au point où la muqueuse présentait l'aspect le plus tomenteux, et, d'autre part, au niveau d'un nodule intéressant la portion ampullaire de la trompe de Fallope.

I. — *A un faible grossissement*, ce qui frappe déjà au niveau de l'endomètre, c'est que la muqueuse est à peine reconnaissable. En effet, au lieu et place d'un épithélium cylindrique de revêtement, de glandes et de tissu cytogène interglandulaire, on trouve des éléments détritiques en état de nécrobiose assez avancée, et présentant ainsi une acidophilie remarquable.

A un grossissement plus fort, on constate que c'est précisément au niveau de cette zone de mortification que se trouvent des signes histologiques évidents de *tuberculose*

caséuse. En effet, on y observe des plages nécrotiques plus ou moins caséifiées et riches en cellules géantes. En ces points, les formations folliculaires font défaut, tandis que les cellules géantes n'y sont pas rares (fig. 2).

Il n'en est pas de même au niveau des faisceaux musculaires du myomètre; on les voit en effet littéralement infarcis de follicules tuberculeux à divers stades évolutifs (fig. 3). Les uns représentent des amas nodulaires de lymphocytes, de plasmocytes et d'histiocytes sans cellule géante, les autres des follicules de Köster plus ou moins typiques pauci ou pluri-giganto-cellulaires. Certains de ces follicules tuberculeux s'observent au voisinage de la séreuse péritonéale, c'est donc dire qu'en ces points, le myomètre est atteint, sur toute son épaisseur, de tuberculose miliaire.

Mais ces faits sont assez rares, le plus souvent les lésions d'inflammation tuberculeuse n'atteignent pas les faisceaux musculaires sous-péritonéaux. Il convient d'attirer l'attention sur le comportement des fibres musculaires lisses au contact des follicules tuberculeux. Alors que dans les territoires où ceux-ci ne présentent pas de caséification, les faisceaux de fibre musculaire lisses présentent une structure histologique et une affinité tinctoriale quasi-normales, au contraire, dans les zones où ce processus est très avancé, on voit manifestement les fibres musculaires lisses perdre leur structure et leur affinité tinctoriale. La cause semble bien en être au processus de dégénérescence hyaline, qui paraît représenter le stade de début de la nécrobiose qui frappe ces fibres.

II. — Le nodule tubaire résulte manifestement d'un épaissement de la paroi de la trompe au point considéré. Cet épaissement est dû à la concomitance des lésions inflammatoires exsudatives et prolifératives. En effet, une étude

microscopique minutieuse, à *faible* puis à *fort grossissement*, montre, comme pour le fragment utérin étudié ci-dessus, une absence totale de la muqueuse tubaire, à laquelle ont fait place des éléments détritiques mal colorés par les réactifs (fig. 4).

Cette zone nécrobiotique constitue des foyers de caséification tuberculeux, puisqu'on y distingue surtout des follicules de Köster plus ou moins riches en cellules géantes.

Ces formations histologiques spécifiques de l'inflammation tuberculeuse sont d'autant plus nettement différenciées et normalement colorées qu'on les observe en dehors du foyer de caséification, c'est-à-dire au sein des couches conjunctivo-musculaires de la paroi tubaire. Mais ici encore, comme pour le myomètre, il faut noter que les follicules de Köster font défaut au niveau des couches sous-péritonéales de cette paroi et au niveau de la séreuse elle-même: en ces points, il n'y a aucune trace de processus diapédétique. Notons enfin, que les fibres musculaires lisses et les faisceaux collagènes qui entrent dans la constitution de la paroi tubaire présentent des lésions altératives du même ordre que celles observées au niveau du myomètre, à savoir: dégénérescence hyaline et nécrobiose plus ou moins marquée, suivant les points considérés.

En résumé, il résulte de l'analyse histo-pathologique des fragments utérins et tubaires, que l'on se trouve en présence de lésions tuberculeuses folliculaires, giganto-cellulaires et caséeuses.

Au niveau de l'utérus, c'est à un véritable processus d'infiltration que l'on a affaire; le myomètre est en effet littéralement infarci de granulations tuberculeuses.

Au niveau de la trompe, il s'agit plutôt d'une tuberculose nodulaire représentée par un foyer inflammatoire nettement circonscrit. Dans les deux territoires considérés, *un même fait important est à signaler, l'intégrité de la séreuse.*

ÉTIOLOGIE

AGE. — Il n'est pas de période de la vie électivement favorable au développement de la tuberculose utérine. C'est une affection que l'on trouve à tous les âges. Certains auteurs (MAS, MOSSLER, TALAMON, HERARD, AUDION KIWISCH), l'ont observée chez les petites filles et même des enfants. Les cas semblent plus rares après la ménopause (DANIEL en signale 1 cas, quelques autres sont cités par BARTOLINI, CARNOT, CORNIL, BUSCARAT, RABÈRE et MANDILLON) ; mais la grosse majorité des malades reconnues atteintes de tuberculose utérine est faite de femmes en pleine activité génitale.

L'utérus, du fait même de sa riche vascularisation, est inoculé aussi bien que n'importe quel autre organe par le bacille de Koch.

L'observation, qui centre notre thèse, est une fois de plus celle d'une personne qui rentre dans cette catégorie, puisque les premiers symptômes qu'elle accuse remontent à l'aube de sa vie de femme.

FREQUENCE. — Très variable si l'on se base sur les statistiques. Mais, il faut savoir que bien des tuberculoses utérines sont certainement restées inaperçues de leurs opérateurs, car le diagnostic, jusqu'à maintenant, est surtout fondé sur l'examen microscopique des pièces enlevées à l'opé-

ration. CULLEN publie 40 cas de tuberculose utérine en 6 ans et MARTIN estime que plus de 2 % des lésions génitales de la femme sont de nature tuberculeuse.

Il faut d'ailleurs distinguer :

Tuberculose utérine primitive < *sens absolu*

Tuberculose utérine secondaire. *sens génital*

Nous ne ferons que citer la tuberculose utérine secondaire qui serait pour la plupart des auteurs une infection bacillaire par localisation secondaire à un autre foyer tuberculeux primitif.

Nous insisterons davantage sur la tuberculose utérine primitive :

Au sens absolu, c'est-à-dire que cette localisation tuberculeuse est la première en date, la porte d'entrée de l'infection.

Au sens génital. — La tuberculose utérine n'est qu'un simple épiphénomène au cours d'une bacillose annexielle, et, c'est dans ce sens, que l'expression : tuberculose utérine, est le plus fréquemment employée.

Notre observation est un exemple de tuberculose utérine au sens absolu, ainsi qu'il en découle de l'examen microscopique consciencieusement fait par le Dr GUIBERT, qui s'estime en droit d'affirmer que la localisation tubaire est secondaire à l'infection utérine. Comme, par ailleurs, aucun examen clinique n'a pu révéler chez notre malade un autre point d'infection bacillaire, nous concluons à une tuberculose primitive. Le professeur DANIEL a publié 37 cas analogues ; et le Professeur FORGUE une observation. CORNIL avait reconnu que cette localisation primitive n'était pas une fic-

tion. Nous relevons d'ailleurs, dans un travail de DANIEL, le tableau suivant, que nous reproduisons:

Niée par les uns (SCANZONI, KLEBS, AMANN), non reconnue par les autres (BÖLLINGER, SCHMORL, RIBBERT, SCHMAUSS, ALBRECHT), la forme primitive serait, pour quelques auteurs, assez fréquente:

	Tuber. primitive du corps	Tuberculose génitale
SCHRAMM	1 cas	sur 34 »
MÖSSLER	9 »	sur 48 »
SPETH	27 »	sur 119 »
FRERICHS	1 »	sur 100 »
SIMMONDS	1 »	sur 70 »
NISS	1 »	sur 50 »
RECLUS	1 »	sur 50 »

PATHOGENIE

Le bacille de Koch vient se fixer sur la muqueuse utérine, c'est un fait, mais comment y parvient-il?

Pour arriver à sa localisation, le bacille de Koch peut suivre deux voies:

— *La voie muqueuse ascendante;*

La voie descendante < $\begin{matrix} \text{séreuse ou muqueuse} \\ \text{hématogène} \end{matrix}$

C'est là une question, dont la discussion a été fort vive. Les auteurs ont en général, conservé leurs opinions respectives. DANIEL écrit: « Il est en effet fort difficile de préciser la voie subie par l'infection et d'établir la propagation des cas, où l'infection des organes génitaux s'est faite par la voie hématogène métastatique de beaucoup la plus fréquente, ou directe de l'extérieur à l'intérieur par voie muqueuse.

VOIE ASCENDANTE

CONHEIM, VERNEUIL, FERNET, DERVILLE, BAUMGARTEN et quelques auteurs classiques, HÉGAR, MARTIN, E. FORGUE ad-

mettent ce mode de contamination et leurs observations sont de réels arguments en sa faveur.

Le microbe se propage par voie de continuité de bas en haut, en se hissant au long de la voie canaliculaire, commune à toutes les maladies du tractus génital, jusqu'à son point d'élection utérin. C'est d'ailleurs là un fait expérimental, et, les épreuves réalisées ont parfaitement démontré, que le bacille de Koch, venu *in situ*, peut parfaitement se fixer en un point de la muqueuse, s'il rencontre en ce point les conditions favorables à son accroissement.

Aux causes prédisposantes, comme les malformations congénitales de la matrice, il faut ajouter la puerpéralité, les traumatismes, les lésions irritatives, les inflammations.

Il ressort des travaux de CONHEIM, VERNEUIL, VERCHÈRE SPRINGER, DEVILLE, que le sperme tuberculeux peut être un agent de transmission de tuberculose génitale, mais il s'agit le plus souvent d'infections, par poussières ou objets bacillifères.

Il reste à savoir si vraiment, ce bacille, une fois au contact de la filière vaginale pourra gagner l'utérus. Le Professeur FORGUE admet seulement la contamination tuberculeuse du col utérin, et la mentionne exceptionnelle, grâce à la desquamation épithéliale, qui est fonction de chaque période menstruelle et à la chasse sanguine qui en résulte. Pour ENGELHORN au contraire, le milieu vaginal favoriserait la flore bacillaire. BAUMGARTEN admet cette tuberculation ascendante lorsqu'il y a empêchement au libre écoulement des sécrétions vaginales. DANIEL ne se prononce pas; bien qu'il ait une faveur nette pour le second mode de contamination que nous allons exposer,

VOIE DESCENDANTE

A) *Hématogène*. — La majorité des classiques admet que la tuberculose utérine est due à une auto-infection et que cette localisation bacillaire se fait par voie descendante, mais ils signalent qu'elle fait suite à d'autres manifestations de l'organisme précédant la tuberculose génitale.

DANIEL *ajoute*, et c'est aussi l'opinion de mon maître le Professeur LAPEYRE, « qu'il existe une tuberculose hémato-gène primitive en l'absence de tout autre foyer appréciable de l'organisme ». Cette théorie s'appuie sur de récents travaux qui ont montré la présence de bacilles de Koch dans le sang, alors qu'il n'y a aucune réaction fébrile, et dans les tissus, sans modification histologique.

D'ailleurs, tout individu n'est-il pas plus ou moins contaminé, en état d'allergie? Pourquoi donc, si l'on admet qu'à un moment de son existence, à la suite d'une déficience de son organisme, il peut faire une localisation pulmonaire; pourquoi donc ne voudrait-on pas reconnaître la possibilité d'une localisation utérine? La matrice, à ce moment-là, peut, tout aussi bien que le poumon, réunir les conditions optima pour le développement du bacille de Koch.

Pour plusieurs raisons, un utérus peut se laisser inoculer aussi bien que le poumon:

a) *à la suite des infections banales* qui font le lit de la tuberculose;

b) *à la suite des malformations.*

a) Il est à noter que, comme tout autre organe, un utérus malade est prédisposé à l'infection. C'est une règle générale et l'utérus n'y échappe pas.

Les inflammations courantes, la métrite la plus banale, par les lésions de la muqueuse, la congestion qu'elles entraînent, vont faciliter la fixation du microbe, et même l'attirer.

b) Nous retrouvons chez certains auteurs, comme FOURNIER, LANDOUZY, ALLEAUME, cette idée que confirme l'observation du Professeur LAPEYRE: les malformations utérines congénitales, de par les troubles qu'elles entraînent, sont une cause de fixation élective du bacille de Koch sur la muqueuse utérine.

Et cette notion pourrait peut-être trouver une explication dans les remarquables travaux de DERVAUX. Cet auteur a permis, par ses études, de reconnaître la voie suivie par le microbe: c'est la voie artérielle. Il a montré que des territoires artériels très nettement délimités correspondaient exactement à l'emplacement délimité par les lésions bacillaires de l'utérus.

Nous devons d'ailleurs mentionner que CORNIL a retrouvé dans le périmètre et à l'intérieur des vaisseaux artériels des cellules géantes; fait qui vient corroborer la thèse de DERVAUX.

Ne serait-il pas intéressant de rechercher si, dans les malformations utérines, il ne se rencontre pas une modification des territoires artériels correspondant aux lésions tuberculeuses? Et ne pourrait-on pas expliquer, par cette modification de structure, une circonstance favorisant en ce point l'élection du bacille de Koch par des vices de circulation, en plus ou en moins, qui feraient de cet utérus une proie facile?

Ça n'est là qu'une hypothèse dont la vérification demanderait de nombreuses observations et de sérieuses recherches, qui excèdent le cadre de notre travail.

DERVAUX a, de plus, isolé presque complètement du trajet d'apport à l'utérus, les voies veineuses et lymphatiques.

Dans l'observation publiée, nous croyons avoir précisé-ment affaire à une primo-infection par voie hématogène descendante.

B) *Voie descendante muqueuse ou séreuse.* — C'est le deuxième mode d'infection par la voie descendante, non plus par la voie d'apport à longue distance qu'est la voie artérielle, mais de proche en proche par la voie muqueuse ou séreuse. Dans ce cas, on n'a plus affaire à une localisation primitive sur l'utérus, mais secondaire: la lésion annexielle relègue au second plan la lésion utérine. Cependant, pour être complet, il nous fallait indiquer cette possibilité de contagion par voie descendante.

Dans l'observation publiée, il nous faut préciser qu'à la suite de cette localisation primitive sur l'utérus, nous trouvons, amorcé, un processus d'infection par voie descendante, qui est révélé par ces nodules tuberculeux développés dans les trompes et de date histologique plus récente que les lésions utérines. Preuve certaine que l'infection bacillaire se propageait de manière descendante « per continuitatem » et « per contiguitatem ».

Ceci est d'autant plus remarquable, qu'habituellement signale d'ailleurs DANIEL, ce sont les trompes, *foyers primaires*, qui déterminent l'infection secondaire du corps utérin, des ovaires ou du péritoine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Cette étude ne serait pas complète, si nous ne décrivions, bien que de façon toute sommaire, l'organisation morphologique de la tuberculose utérine.

MACROSCOPIQUEMENT

L'utérus présente des lésions qui vont intéresser la muqueuse mais qui, dans certains cas, gagnent la musculature : myométrite succédant à une endométrite bacillaire.

D'après les auteurs, on trouve généralement quatre formes de tuberculose utérine qui sera, selon le cas : hypertrophique, ulcéro-caséreuse, miliaire, interstitielle.

a) *Hypertrophique ou végétante*. — Caractérisée par la saillie dans la cavité utérine de petites tumeurs, unique ou multiples, irrégulières parfois fongueuses (cas de CORNIL et de DANIEL).

b) *Ulcéro-caséreuse*, se traduisant par de vraies découpures de la muqueuse, de forme arrondie ou ovalaire, à bords indurés, blanchâtres, et dont le fond est recouvert d'un enduit caséux, puriforme. Secondairement, ces ulcérations parviennent à envahir la couche musculieuse.

c) *Forme miliaire.* — Ou tuberculose généralisée de la muqueuse utérine, qui généralement est étendue à toute la muqueuse superficielle, mais peut aussi gagner vers la musculuse et devenir, par dégénérescence caséuse du myomètre, une vraie bacillose ulcéreuse.

d) *Interstitielle.* — Réalise alors une infiltration diffuse de tout le parenchyme par des cellules rondes et des cellules géantes. L'ensemble des lésions permet de reconnaître un processus sclérosant, pouvant amener par cette dissémination dans tout le parenchyme utérin, des ruptures dues à l'altération profonde du muscle (FAURE et SIREDEY).

Enfin, nous devons signaler de rares cas de tuberculose limitée au myomètre: l'utérus augmenté de volume, gardant sa muqueuse intacte, présentait en plein muscle, un gros nodule caséifié (ALESSANDRI, WATKINS, MAUCLAIRE, RAYNIER).

MICROSCOPIQUEMENT.

D'après CORNIL, comme le confirme DANIEL, la tuberculose utérine au début, se traduit par des lésions d'endométrite. Mais on trouve, dans notre observation, un fait que n'avait point trouvé CORNIL dans les siennes.

Comme lui, nous signalons une hypertrophie glandulaire, avec un foisonnement de cellules géantes typiques dans les espèces interglandulaires, mais, ce que CORNIL n'avait pas dit: « au niveau des faisceaux musculaires du myomètre on les voit littéralement infarcis de follicules tuberculeux à divers stades évolutifs » (conf. fig. 3).

A) FORME ULCÉRO-CASÉUSE. — FORGUE et MASSABUAU ont montré, au niveau de la muqueuse, des lésions typiques étagées en trois zones, de la surface à la profondeur.

1° *Zone caséuse superficielle.* -- L'épithélium de la muqueuse a disparu par places, remplacé par une sorte de matière caséuse.

2° *Une zone sous-jacente* offrant des lésions réactionnelles du tissu glandulaire, localisées en véritable foyer. La lésion vraie vise le tissu conjonctif du chorion qui est épaissi, infiltré par un nombre considérable de follicules tuberculeux. Au contact de la zone superficielle ulcérée, les follicules moins nets sont remplacés par un véritable envahissement de mononucléaires.

3° *Les lésions se limitent à la muqueuse.* — Les seules anomalies notées dans le parenchyme et la sous-muqueuse sont des réactions inflammatoires banales sans caractère nettement marqué et encore moins de follicules tuberculeux.

B) FORME HYPERTROPHIQUE.— Dans ce cas, la presque totalité des éléments normaux de la muqueuse sont remplacés par des mononucléaires. Leur envahissement s'étend à toute la muqueuse et on ne retrouve qu'eux, à la coupe des végétations. Par endroits, ils tendent à s'infiltrer dans les couches musculaires, mais celles-ci sont surtout infarcies de tubercules en nombre modéré et d'évolution plus avancée.

C) LA FORME MILLIAIRE. -- Offre des follicules tuberculeux, confluent ou isolés, siégeant avec prédilection dans le stroma de la muqueuse. Ces follicules sont constitués de plas-

mocytes, d'histiocytes, qui prédominent avec une réaction lymphocytaire environnante mais sans cellules géantes; d'autre fois, les cellules se trouvent à la périphérie des follicules de Köster, plus ou moins typiques. A une phase plus avancée, la marche de ces éléments donne la caséification. Elle est d'ailleurs mentionnée dans notre observation, où nous trouvons des zones qui offrent des plages de dégénérescence hyaline paraissant bien représenter le stade de début de la nécrobiose. De plus, au niveau de la muqueuse, existent des signes évidents de tuberculose caséuse. Dans le cas exposé, on a l'exemple d'une tuberculose milliaire suffisamment avancée, puisqu'on peut y retrouver ces signes classiques que nous venons d'exposer, et que nous avons vu le stroma de cet utérus littéralement envahi par des granulations tuberculeuses.

ETAT DES TROMPES

Ce n'est pas une rareté de constater la concomittance des lésions tubaire et utérines, mais se pose alors la grande question: est-ce la lésion tubaire qui est secondaire à la lésion utérine ou inversement?

Dans notre observation, le doute n'est point permis, l'évolution bacillaire de la trompe étant nettement en retard sur l'état des lésions utérines. La maladie s'est propagée par la voie ascendante. Cette cause est plaidée par la bilatéralité des lésions, avec, comme l'indique le Professeur FORGUE, une perméabilité conservée de l'orifice abdominal tubaire, indiquant que le processus tuberculeux reste limité au premier segment de la trompe le plus voisin de la corne utérine. Il ne faut tout de même pas en conclure qu'il sera toujours possible d'établir la succession chronologique des

lésions, comme dans le cas qui nous occupe. A une date trop avancée de tuberculisation, cette différence sera fort difficile, peut-être même impossible à faire. Et nous nous rallions à la conclusion de DANIEL: « La participation des annexes aux lésions permettrait, d'après quelques auteurs, de déduire que la tuberculose utérine est secondaire aux lésions annexielles, ce n'est pas là notre avis, et nous pensons qu'au contraire, la tuberculose utérine se propage plus souvent en effectuant une marche inverse de l'utérus à la trompe. »

ETAT DU PÉRITOINE

Alors que dans notre observation, on ne note aucune modification sérieuse venant s'ajouter aux lésions utérines ou tubaires, il est des cas où l'on constate la tuberculisation du péritoine. LEURET, dans sa thèse, a fort bien étudié les rapports entre la péritonite et la tuberculose génitale.

Cette contamination va se faire — de proche en proche — par continuité ou par la voie lymphatique.

On a d'ailleurs voulu admettre (BOUILLY-LEURET), que la péritonite tuberculeuse avec ascite des jeunes-filles était la manifestation secondaire d'une tuberculose primitive du corps de l'utérus.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la tuberculose du corps de l'utérus, riche dans ses manifestations, sont pauvres par leur banalité. Aucun d'eux, en effet, ne possède un caractère spécifique qui puisse permettre de reconnaître en lui, la signature de la maladie. Ici, pas de syndrome, pas de triade : des faits isolés dont le groupement peut se rattacher, aussi bien, à une inflammation banale de l'utérus. Alors que les lésions tuberculeuses histologiques sont nettement caractéristiques, les signes cliniques sont insuffisants, par leur manque de particularité, à faire reconnaître la maladie, avant un examen microscopique.

Les symptômes fonctionnels sont ceux d'une métrite banale et réalisent le grand syndrome utérin que l'on retrouve à toutes les pages de la pathologie gynécologique : troubles menstruels, métrorragies, leucorrhées, douleurs.

a) TROUBLES MENSTRUELS. — N'ont rien de précis, ni de particulier. Selon les cas, ou même parfois alternant dans un même cas, nous allons trouver :

1° *De l'aménorrhée*, transitoire chez notre malade, permanente chez d'autres, comme le signalent les auteurs. Elle est cependant un des symptômes cardinaux de la tuber-

culose. Sans pousser à une généralisation excessive, il faut évidemment songer au bacille de Koch en face d'une aménorrhée persistante, en dehors de toute grossesse, chez une femme normale auparavant, et en pleine période d'activité génitale; sans toutefois aller jusqu'à conclure avec PESTALOTTA, que tout retard dans l'apparition de la puberté doit faire songer à une tuberculose génitale antérieure.

2° *Ménorragies.* — Se traduisant au début par des règles abondantes et dont l'importance augmente peu à peu. Chez notre malade, nous avons trouvé ces trois symptômes qui se sont succédé chronologiquement dans l'ordre suivant: à une phase d'aménorrhée a succédé une période ménorragique, à son tour suivie par des séries de métrorragies, dont l'importance devint telle que la malade saignait à peu près tous les jours.

b) MÉTRORRAGIES. — Intermenstruelles. Sans cause apparente. Longues, peu sensibles à la médication, en tout cas rebelles à tout traitement.

c) LEUCORRHÉE. — Celle-ci revêt des aspects infiniment variables, et nous pouvons la rencontrer sous toutes ses formes. Ce n'est pas en se basant sur ses caractères distinctifs que l'on peut établir le diagnostic. Tantôt simples pertes blanches, elle peut être aussi bien un écoulement purulent, muco-purulent ou même muco-sanguinolent. Elle peut, tout aussi bien, faire complètement défaut.

On a pu retrouver, dans ces pertes, des bacilles de Koch, mais le plus souvent on n'en trouve pas; c'est dire l'importance minime qu'il faut attacher à ces pertes, car elles

ne donnent aucun caractère de certitude, tout au moins à la période de début. CORNIL signale en effet que dans les formes avancées, on rencontre une sécrétion opaque, grumeleuse comme un magma épais, contenant des matières caséuses et des bacilles de Koch.

d) DOULEURS. — Absentes en général; sont les douleurs classiques des métrites, apparaissant le plus souvent au moment du flux menstruel et s'irradiant vers les lombes.

De la prépondérance de tel ou tel symptôme, il est possible de décrire à la tuberculose du corps de l'utérus, trois formes cliniques, dans le cadre desquelles rentrent les divers cas publiés par les auteurs.

Les formes à allure de métrite;

Les formes à allure de fibrome;

Les formes à allure de cancer du corps.

a) LES FORMES A ALLURE DE MÉTRITE. — Sont peut-être, du fait de la banalité de leur symptomatologie, les plus ignorées. Nous ne redirons pas ici leurs caractères, qui sont: *douleurs, pertes blanches, dysménorrhée*. Au début, elles revêtent, en tout, les classiques caractères des métrites. La muqueuse épaisse, bourgeonnante, subit à un stade plus avancé, la caséification habituelle qui donne l'ulcération. A la période d'état, les pertes peuvent prendre un caractère plus spécial, que nous avons décrit, mais qui, cependant, n'est pas suffisamment net pour être pathognomonique.

b) LA FORME A ALLURE DE FIBROME. — Est celle que reproduit notre observation. Dans cette tuberculose interstitielle, où il existe un ou plusieurs gros nodules, qui peuvent même se développer primitivement dans le myomètre, cliniquement l'affection ressemble à s'y méprendre, à un fibrome.

Les symptômes cardinaux sont les mêmes: *tumeur* (car l'utérus est augmenté de volume) et *ménorragies*.

c) LA FORME A ALLURE DE CANCER DU CORPS. — Lorsqu'elle se manifeste chez des femmes âgées, ou même après la ménopause, la tuberculose du corps de l'utérus prend alors l'allure de cancer du corps. DANIEL rapporte un cas analogue. RABÈRE et MANDILLON, plus récemment, ont publié un travail sur une observation de tuberculose du muscle utérin simulant le cancer du corps.

Tout simule le cancer: la marche de la maladie est identique: hémorragies, douleurs, pertes fétides. DANIEL, dans son travail daté de 1925, précise qu'à l'opération, le diagnostic était impossible. A la coupe même de la tumeur qu'il venait d'enlever, il crut encore reconnaître un néoplasme du corps. Ce n'est que l'examen anatomo-pathologique, qui vint préciser qu'il s'agissait d'un cas de tuberculose du corps de l'utérus.

Il faut citer l'opinion de WOOLF, mentionnée par DANIEL, qui admet: qu'une partie des dysménorrhées primitives (essentiellles) se manifestant dès la première apparition des règles, sans être liée à aucune lésion matérielle des organes génitaux, est très souvent le symptôme initial de la tuberculose génitale.

Après la ménopause, la bacilliose utérine se manifeste par

un écoulement muqueux et par des métrorragies qui impliquent immédiatement le diagnostic différentiel: cancer ou tuberculose.

Comme on peut en juger d'après ce bref exposé, si la symptomatologie est riche, elle n'en implique aucun élément de certitude. Elle permet de soupçonner, elle n'autorise pas l'affirmation.

EVOLUTION

La tuberculose du corps de l'utérus est envahissante, et l'observation reproduite le montre une fois de plus. Le bacille de Koch ne va pas se cantonner à son foyer primitif d'élection. De proche en proche, il va gagner secondairement les tissus voisins. La tuberculose primitive de l'utérus s'étend aux annexes et au péritoine, elle peut même gagner les gros viscères. N'avons-nous pas vu dans ce travail, son extension tubaire?

C'est une maladie qui n'a aucune tendance à la guérison si une opération radicale ne vient pas supprimer les points de contagion.

« *Le processus s'étend de proche en proche et les lésions aboutissent, comme toutes les lésions tuberculeuses à la fonte caséuse* » (DANIEL).

On ne retrouve que quelques cas, trop exceptionnels pour généraliser, de guérison spontanée (CHATON, KLOB, KAUFMANN).

L'évolution sera donc *fatale*, si la maladie demeure livrée à elle-même. Plus ou moins rapidement arrivera l'issue, selon le mode d'évolution de la tuberculose. BOUILLY relate certains cas, où des poussées de pelvi-péritonite aiguë donnent une marche rapide à des salpyngites qui accompagnent la tuberculisation utérine. D'autre fois, l'évolution se fera à froid, silencieuse, latente, sans symptômes, met-

tant le praticien dans l'impossibilité de faire un diagnostic. De plus, en dehors de ces complications que nous dirons, locales, la mort peut survenir par une généralisation à distance. Une méningite bacillaire peut emporter une malade, dont la lésion primitive était localisée à l'utérus. WEILL et PAVIOT ont cité des cas analogues, que l'on retrouve aussi dans les observations de HENKEL, ASTRIÉ, BRAY.

Le *Pronostic* ne pourra qu'être fort *sombre*, si la malade refuse une opération à une date où l'affection est cependant curable. C'est à peu près sûrement la mort.

a) *Survenant brusquement* après une période latente de calme trompeur, si la généralisation donne une poussée de phtisie pulmonaire ou une méningite.

b) *Plus retardée*, si l'extension progressive aux organes du petit bassin se fait lentement.

Le pronostic de la tuberculose utérine est donc de toute gravité, aussi ce qui importe en clinique, c'est d'établir un diagnostic précoce afin de pouvoir opérer les malades, tout au début de la maladie.

DIAGNOSTIC

Nous l'avons déjà dit: faire un diagnostic précoce de tuberculose utérine n'est pas chose facile. Généralement, elle passe inaperçue et ne se révèle qu'à l'examen histologique. Par sa banalité symptomatique, cette maladie ne s'impose nullement à l'évidence et ça n'est qu'en pratiquant l'examen microscopique des fragments retirés par un curettage, ou des pièces enlevées à l'opération, que l'on peut *affirmer*, avec certitude, tout au moins dans un cas à son début.

Certes, d'après les signes physiques que nous avons énumérés au chapitre de symptomatologie, on est à même de soupçonner la tuberculose utérine, mais rien n'autorise à conclure que c'est bien d'elle et d'elle seule, qu'il s'agit. La seule chose pouvant donner une légère précision est l'anamnèse des antécédents: longue histoire de métrite résistant à tout traitement et sans commémoratif permettant de la rattacher à une cause précise.

Mais la *radiographie systématique de tout utérus suspect après une injection préalable de lipiodol*, ne permettrait-elle pas au praticien de sortir du doute? L'observation que nous rapportons est unique, mais il est à souhaiter qu'elle soit corroborée par une quantité d'autres, car nous aurions là, un élément précieux de discrimination qui, jusqu'à maintenant, nous manquait. Tout au moins, cette technique permet d'écarter des diagnostics, qu'il était logique de

porter. Pour notre malade, le cliché a révélé « une image lacunaire, déchiquetée, irrégulière, occupant chaque corne utérine, beaucoup plus développée à gauche où elle prend l'aspect aréolaire et paraissant répondre à une ulcération anfractueuse de la muqueuse ». On a donc éliminé le fibrome.

Pourquoi n'en serait-il pas de l'utérus comme du poumon? Il est inutile de dire les services rendus par la radio dans les services de phthisiologie. Ne pourrait-on utiliser les mêmes moyens de dépistage dans le domaine gynécologique?

Il est certain que, pour le moment, il serait difficile de situer l'image précise donnée par une lésion bacillaire, par comparaison aux autres métrites, mais ce serait un grand pas de fait, si l'on pouvait éliminer ainsi, les autres diagnostics que nous allons énumérer et qui peuvent en imposer avec fortes apparences, pour une tuberculose utérine.

Il faudra faire le diagnostic différentiel de la bacillose du corps de l'utérus d'avec:

1° *Les métrites*: en dehors des cas très rares où l'examen des sécrétions utérines sera concluant, il est matériellement impossible de rien affirmer sans examen histologique;

2° *Les métrorragies non cancéreuses*:

- a) *d'origine utérine*: métrite, syphilis, polypes;
- b) *de cause ovarienne*: néoplasme de l'ovaire, rappel de règles après la ménopause.

3° *Le cancer*;

4° *Les fibromes du corps de l'utérus.*

En dehors des cas où les symptômes de ces divers états morbides lèveront le doute en leur faveur, il sera presque impossible par les moyens cliniques habituels, de se prononcer pour la tuberculose, sans examen de laboratoire.

TRAITEMENT

Le traitement de la tuberculose *ne peut être que chirurgical*. C'est l'hystérectomie qui s'impose. Le curettage et les moyens médicaux sont à rejeter parce qu'ils sont incontestablement insuffisants.

a) LES MOYENS MÉDICAUX. — N'ont jamais qu'une action palliative et ce serait se leurrer que d'attendre d'eux une action radicale. Cependant, toute l'école italienne, avec PESTALOZZA, MANGIAGALLI, TRUZZI préfèrent cette thérapeutique aux moyens chirurgicaux. Ils la mettent surtout en œuvre chez les jeunes femmes tuberculeuses.

La thérapeutique biologique par la tuberculine et l'antigène méthylique a des effets inconstants.

L'héliothérapie naturelle ou artificielle, a paru donner de bons résultats car toutes les formes de tuberculose génitale sont par elle, sensiblement améliorées.

L'héliothérapie artificielle, dont les résultats sont les mêmes que ceux de la cure solaire présente l'avantage d'être facilement pratiquée en tous lieux et en tout temps. Seule, l'association de tuberculose pulmonaire est une contre-indication formelle.

Les rayons ultra-violets seront employés comme adjuvant du traitement chirurgical.

La Curiothérapie d'après COURRIADES et JAULAIN, est à rejeter.

Les injections vaginales antiseptiques trouvent ici leur application: permanganate de potasse, iode, eau oxygénée, liqueur de Labarraque, etc.

b) LE CURETTAGE. — Première méthode employée dans les cas d'endométrite, ne doit être retenu que comme *moyen de diagnostic et non comme moyen thérapeutique*. En effet, il faudrait pour cela que la muqueuse seule, fut prise, que le myomètre fût intact, et que les annexes fussent saines. Ce qui est exceptionnel, hormis quelques cas très rares où l'opérateur a pu se prévaloir d'un succès, à la suite d'un curettage.

Il faudrait être certain qu'aucune partie de la muqueuse n'a pu échapper à l'instrument. Ce n'est d'ailleurs pas tout: le curettage est un moyen brutal qui va effondrer la muqueuse, ouvrir les voies d'accès sanguines, risquant ainsi de décupler les chances de dissémination. *C'est donc un moyen de traitement à ne jamais employer.*

c) L'HYSTÉRECTOMIE est le procédé de choix, si l'on veut avoir une guérison définitive, encore faudra-t-il faire la discrimination entre deux techniques:

par voie vaginale;

par laparatomie médiane.

Nous éliminons la voie vaginale, parce que nous estimons que c'est un moyen incomplet d'investigation. A faire une opération de cette importance, autant juger pleinement de l'étendue des lésions, ce qui n'est guère possible, si l'on se contente de pratiquer une hystérectomie vaginale.

Par la voie médiane, l'opérateur qui peut voir et palper juge de l'état de l'utérus et des annexes. Il est ainsi à l'abri d'un oubli fâcheux qui peut être préjudiciable à la malade. Sans compter que la mise à l'air et à la lumière du péritoine, qui peut lui aussi, présenter des lésions discrètes, ne peut offrir que des avantages.

J.-L. FAURE, qui, dans quelques-uns de ses travaux, avait indiqué la technique vaginale, lui préfère l'incision suprasymphysaire. DANIEL rejette l'hystérectomie vaginale et mon maître, le Professeur LAPEYRE, pratique toujours une laparatomie médiane. C'est aussi cette technique que préfère Pozzi à cause des adhérences.

L'hystérectomie par voie abdominale est donc la méthode la plus efficace, la seule à préférer.

Elle peut être :

totale

subtotale.

De toute façon, la laparatomie sous-ombilicale « permet de faire un diagnostic localisateur précis et permet de faire suivant l'étendue des lésions, une opération partielle ou non.

Certains auteurs pratiquent l'hystérectomie sub-totale, opération moins longue, moins choquante, évitant l'ouverture du vagin dans l'abdomen.

Mais, le danger de récurrence au niveau du col fait que d'autres, en particulier DANIEL, sont partisans de l'opération systématiquement radicale.

En résumé, le traitement de choix est donc l'hystérectomie totale par voie abdominale, mais dans les formes localisées au fond utérin, la subtotale peut donner de beaux succès à longue échéance.

Dans les formes de tuberculose du corps utérin associée,

la seule contre-indication est l'existence d'une tuberculose pulmonaire grave. « Dans tous les autres cas, quelle que soit l'étendue des lésions génitales, la gravité de l'état général, à condition que les lésions pulmonaires soient peu avancées: l'hystérectomie est la seule chance de salut » (LEURET). Traitée ainsi chirurgicalement, la guérison s'observe dans 9 % des cas, le plus souvent sans incidents. Quant à la mortalité, elle survient, surtout lorsqu'il y a prédominance de lésions annexielles; la mort pouvant être due: soit à une granulée, soit à une embolie.

Il est cependant *une notion à ne pas oublier*, c'est que toute malade atteinte de tuberculose utérine est, *avant tout, une tuberculeuse*, et doit être *traitée comme telle pendant toute sa vie*. C'est alors que les moyens médicaux sont pleinement utiles.

Il faut chercher à augmenter les défenses du sujet par l'administration de fer, de phosphate, d'arsenic, etc...

Les cures d'air prolongées, séjours en montagne, sont aussi bien à recommander. Du repos, une nourriture saine, un exercice modéré, une hygiène parfaite sont les auxiliaires médicaux indispensables au chirurgien pour consolider ces malades.

Vouloir énumérer tous les médicaments que la thérapeutique moderne met à la disposition de cette sorte de malades est chose impossible; mais, il faut retenir que, *quoique opérée, une tuberculeuse utérine reste une malade à suivre, à surveiller pendant un laps de temps très long, si l'on veut faire œuvre utile.*

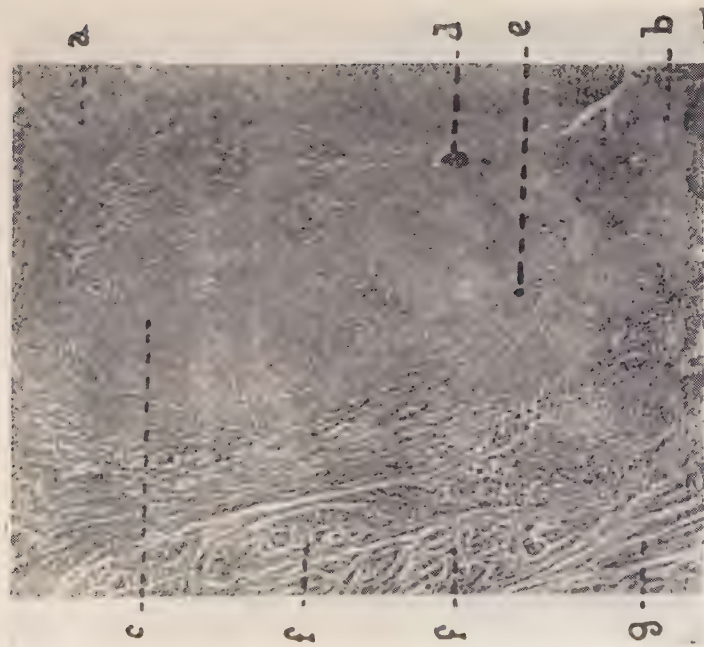
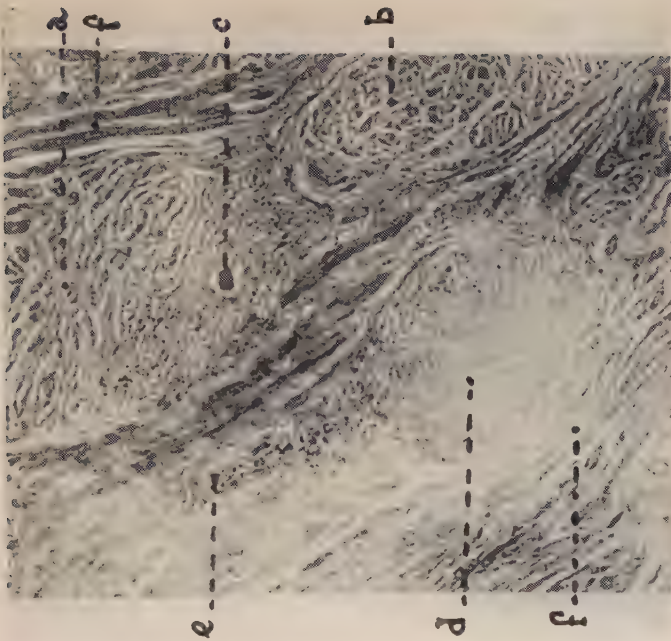


Fig. 1. — En *a*, et *b*, endomètre en nécrose à peu près totale; *c*, *e*, foyers de caséification tuberculeuse avec cellule géante en *d*; *f*, faisceaux musculaires sectionnés transversalement et, en *g*, sectionnés longitudinalement (1).



EXPLICATION DES FIGURES

Fig. 2. — En *a*, et *b*, faisceaux musculaires sectionnés transversalement et indennés; *c*, follicule tuberculeux avec cellule géante; *d*, follicule tuberculeux sans cellule géante; *e*, infiltration lymphocytaire; *f*, faisceaux musculaires sectionnés longitudinalement.



Fig. 3. — En *a.* et *b.* muqueuse tubaire en état de nécrose très avancée; *c.* follicule tuberculeux; *d.* couches musculaires infiltrées de lymphocytes; *e.*, *f.*, couche conjonctivo-vasculaire sous-séreuse et indemne de tout processus inflammatoire.

(1) Les figures sont des microphotographies non retouchées exécutées par A. Herbaut, préparateur technique au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Montpellier (Professeur Grynfeltt, chef de service).

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose du corps de l'utérus, simple épiphénomène, lorsqu'elle vient discrètement compliquer une annexite bacillaire présente au contraire un intérêt très grand lorsqu'elle constitue la lésion profonde et principale de l'appareil génital féminin.

II. — Du point de vue étiologique, elle apporte pour certains, un argument de valeur incontestable en faveur de la théorie de l'infection tuberculeuse ascendante.

III. — Les manifestations cliniques ne sont pas caractéristiques, l'affection pouvant revêtir l'allure de la métrite banale, du fibrome utérin, du cancer du corps.

IV. — Le diagnostic, particulièrement difficile, a reposé jusqu'ici sur l'examen microscopique, soit des débris recueillis par curettage, soit des pièces opératoires. Mais peut-être, l'hystérogaphie est-elle susceptible d'apporter, de ce fait, une contribution décisive.

V. — Le traitement est d'ordre chirurgical. Hystérectomie totale de préférence. La subtotale pouvant suffire cependant, dans les cas où les lésions se localisent dans la région fundique de l'utérus. Après l'opération, la malade restant, malgré tout une tuberculeuse, doit être surveillée médicalement.

BIBLIOGRAPHIE

- ALESSANDRI et ROBERTO. — Tuberculosis of the body of the uterus confined to the myometrium. *Surgery-Gynecology and obstetrics*. Nov. 1910.
- BAUM (H.) et MATHIAS (E.). — Zur differential diagnose: Karzinom tuberculose, Syphilis der Portio. *Zentralblatt f. Gynak.* 57: 2426-2430, oct. 1933.
- BAUFAYS (J.). — Ein Beitrag zur frage der Portiotuberkulose. *Zentralblatt f. Gynak* 59: 796-799 April 6-1935.
- BERGERET et BOTELHO. — Tuberculose du corps utérin. *Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1919, LXXXIX, 419-421.
- BROCQ (Pierre). — Traitement chirurgical de la tuberculose utéro-annexielle (VIII^e Congrès de l'associat. des Gynéc. et Obst. de langue française. Paris. 5, 6, 7 octobre 1933. in: « La Gynécologie », fév. 1934.
- BARDOU et ANDRÉ. — Tuberculose du corps de l'utérus. Soc. Obst. et Gynéc., Bordeaux 1928.
- BROCQ (P.). et DUPEUX (D.). — Les idées actuelles sur le traitement des tuberculoses utéro-annexielles. *La Médecine*, n° 5, avril 1934.
- BROCQ, MOULONGUET, GIBERT, ROCHAT. — La tuberculose utéro-annexielle chez la femme. VIII^e Congrès de l'Association de Langue française, 6 octobre 1933, in: *La Presse Médicale*, n° 84, 21 octobre 1933.
- BROWN. — Tuberculosis of corpus uteri without involvement of endometrium (*Ann.*) *Obst. et Gynécol.* 22: 255-258, Aug. 1931.
- P. CAFFIER. — Differential diagnosis between syphilis and Tuberculosis of corpus uteri. *Zentralblt f. Gynak*, 55: 2018:2030, june 27-1931.
- C. A. CASTANO et A. J. RISOLIA. — Tuberculosis primitiva del cuerpo del utero. Contribucion a su estudio. *Semana Medica*, Buenos-Aires, 1923, XXX-2-1217-1221.
- CONSTANTINESCU. — Tuberculoza corpului uterin. *Thèse Bucarest*, 1925.

- COURRIADES et JAULAIN. — La tuberculose du corps de l'utérus. *Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n° 12, 112° an. 30, avril 1935.
- C. DANIEL. — Tuberculose du corps de l'utérus. *Gynécol. et Obstétriq.*, Paris 1925, XI-161-188.
- C. DANIEL. — La tuberculose localisée au corps de l'utérus sans tuberculose des annexes. *Revue Française de Gynécologie et d'Obst.* Paris 1925, XX, 305-320.
- DANIEL et BABÈS. — Considérations sur la tuberculose génitale. *Société de Gynécologie*. Bucarest, mars 1935.
- J. L. ENGELHARD. — Tuberculosis of uterus. *Nederl. tijdsch. v. verlosk in Gynacc.*, 34-1930.
- E. FERRONI. — Tuberculosi Solitaria pseudoneoplastica del corpo uterino in menopausa. *Lucina*, Bologna 1914, XIX, 49.
- G. FERRY. — A propos d'un cas de tuberculose de l'utérus. *Soc. d'Obst. et Gynécol. de Strasbourg*, Séance du 2 mai 1931.
- FORGUE et MASSABUAU. — Tuberculose utéro-annexielle in *Traité de Gynécologie*, 1927.
- E. GODLEWSKI. — Tuberculose utéro-annexielle. *C. A. de la Société Franç. de Gynécol.*, n° 6, 1934.
- GRANZOW. — Recherches expérimentales sur la tuberculose génitale chez la femme. In *Médizinische klinik*, an XXIV, n° 21, 25 mai 1928.
- N. GUPTA. — Tuberculosis of Body and Cervix of uterus. *Indian N. Gaz.*, 63: june 1928).
- G. D. HAUCH. — Tubercolitis of Fallopian tubes uterus and uterine cervix. *Ann. J. Obstét. and Gynecol.*, 28: 276. Aug. 1934.
- HEESCH. — Über Einen Seltenen fall von uterus tuberkulose. *Zentralblatt für Gynakologie*, n° 9, 1928.
- IVANESCU. — Studia asupra tuberculozei uterine pana la pubertate. *Thèse de Bucarest* 1925.
- JAMESON, BRISTOL, CAVERNAUGH. — Elévation thermique préménstruelle chez les femmes tuberculeuses. In *The Journal of the American Medical Association*, 5 juillet 1930.
- JEANNENEY. — Tuberculose du corps de l'utérus limitée. *Obst. et Gynécol. de Bordeaux*, mars 1928.
- JONCKEERE et LECLERC. — Tuberculose annexielle (Société Belge de Chirurgie. Séance du 30 mars 1935, in; *Bruxelles Médical*, n° 24, 14 avril 1935.
- LABAUME. — La tuberculose utéro-annexielle. *Union Médicale*, 10 avril 1934.
- P. LECÈNE. — Tuberculose utéro-annexielle (in *Thérapeut. Chirurgicale*, par LECÈNE et LERICHE), t. III, 1926.
- G. LOPEN-DORIGA. — Contribucion el estudio de la Tuberculose uterina. In *Revista Espanola de Obstetrica et Gynecologia*, Madrid, mai 1928.

- A. LEFEBVRE et P. TISON. --- Tuberculose du corps de l'utérus. *Réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lille*, séance du 18 janvier 1931.
- P. MOULONGUET. -- Etude clinique de la tuberculose utéro-annexielle. In *Gynécol. et Obst.* 28-147-186, 1933.
- M. MURET. — A propos de la tuberculose utéro-annexielle. In *Revue Médicale de la Presse Romande*, 25 mars 1934.
- PAWLOS PETRIDIS. - Association du cancer et tuberculose du corps utérin. *Soc. d'Obst. et Gynécol. de Paris*, novembre 1931.
- RABÈRE et MANDILLON. — Tuberculose du muscle utérin à forme hémorragique simulant le cancer du corps utérin. *Bordeaux Chirurgical*, janv. 1931, p. 55.
- R. I. ROCHAT. — Traitement de la tuberculose utéro-annexielle. *Gynécol. et Obst.*, 1933.
- J. P. TOURNEUX. — Un cas de tuberculose du corps utérin. *Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc. Paris*, 1921, 769-771.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

« Contribution à l'étude de la
tuberculose primitive du corps
le fœtus »,

par M. P. ROQUEFEUIL.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 6 juillet 1936,

Le Professeur,

LAPEYRE.

Vu:
Montpellier, le 10 juillet 1936,

*Pour le Doyen,
Le Professeur délégué*

J. TURCHINI.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 11 juillet 1936,

Le Recteur,
TAILLIART

